



O MODELO DE GESTÃO INDIRETA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SANTOS, Luanda Café Santana.

RESUMO

As parcerias público-privadas não se configuram em um “novo” modelo de gestão da saúde. Esta relação é histórica na construção da política de saúde brasileira. Neste processo, se destaca traços de modernidade com o crescimento das Organizações Sociais neste campo, em especial nas grandes capitais do país. Neste sentido, buscamos propor uma reflexão teórica sobre a constituição da esfera pública e as implicações sobre a reformulação da organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Desta forma, suscitar o debate sobre a adoção do modelo de gestão por meio de Organizações Sociais, para a expansão da Estratégia de Saúde da Família.

PALAVRAS CHAVES: Saúde Pública; Atenção Básica; Organizações Sociais.



1) Introdução

O município do Rio de Janeiro, desde o ano de 2009, iniciou um processo de reforma administrativa e organizacional do modelo de atenção à saúde. Nesta direção, a Atenção Básica¹ discriminada pela Política Nacional de Atenção Básica, do Ministério da Saúde e formada pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família foi admitida como principal diretriz.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2008, a cobertura de equipes de saúde da família correspondia a 3,5% de toda a população. No plano nacional, representava a mais baixa cobertura entre as capitais. A partir de uma perspectiva histórica de todo processo implementado, no final do ano de 2016 se registrou a marca de 70% de cobertura de toda a população. (SUBPAV, 2017)

Em números atualizados o Rio de Janeiro possui aproximadamente 6.500.000 habitantes (BRASIL, 2017). Podemos afirmar que quase $\frac{1}{3}$ da população, não tem acesso a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de estar referenciado a uma Unidade Básica de Saúde.

Um dos principais fatores apontados para este crescimento, nos últimos anos, se assenta no modelo de gestão por Organizações Sociais na Estratégia de Saúde da Família. O modelo de parcerias público-privado, por meio dessas entidades do “Terceiro Setor”, está condicionado à prestação de serviços mediante contratos de gestão com a administração pública direta.

A experiência do Rio de Janeiro reacende o debate em torno deste “novo” modelo de gestão e a problematização sobre o “espaço público não estatal”². A análise da atual conjuntura da saúde na cidade reveste-se da reflexão sobre o processo de privatização que está em curso no município. Assim como, sinaliza os desafios para efetivação da política de saúde pública e de qualidade.

Neste sentido, o estudo busca contribuir para a reflexão sobre o modelo de gestão da Atenção Básica à saúde no município, com vistas à participação de entes privados na constituição das políticas públicas. Neste processo, suscitar o debate teórico sobre a relação público-privado.

¹ Para o estudo adotaremos o conceito Atenção Básica à Saúde (ABS), que reflete os princípios da reforma sanitária na reordenação do modelo de assistência à saúde, universal e integrado.

² Termo utilizado pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Brasília, 1955



2) A expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

O cenário que se apresentava no município do Rio de Janeiro, no final de 2008 evidencia a baixa cobertura dos serviços, assim como, o menor financiamento municipal entre as capitais do país. Neste contexto, em 2009, a prefeitura lança um Plano Estratégico, denominado *Saúde Presente*, em que a meta era ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, trazendo maior investimento financeiro para expansão do modelo. (Soranz *et all*, 2016).

Nesta perspectiva, foram definidas dez Áreas de Planejamento de Saúde (AP) tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado à saúde. Costa e Silva *et all* (2016) afirmam que, no processo de reordenação da assistência à saúde o município adotou três dimensões: (1) maior orçamento municipal para saúde e aumento do repasse para Atenção Básica; (2) mudança no modelo de gestão para expansão e adoção dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS); (3) adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

No âmbito federal, a Lei nº 9637/1998 regulamenta as OSS como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, em que as atividades sejam dirigidas, dentre outras funções, ao campo de saúde. Neste contexto, as OSS podem realizar contratação de funcionários sem concurso, adquirir bens e serviços sem licitação, mas a prestação pública de contas e o controle interno e externo ficam a cargo da administração do Estado.

Para Bravo e Lima (2015) esta lei institui garantias ao processo de terceirização e privatização dos serviços, pela transferência à iniciativa privada das atividades “não exclusivas do Estado”. Esta direção fundamenta-se sob o argumento de modernização da gestão pública, para maior qualidade dos serviços e no atendimento ao cidadão, além de redução de custos. Assim, a partir desta prerrogativa vários municípios adotaram as parcerias com as Organizações Sociais de Saúde, como observado a experiência do Rio de Janeiro.

Nesta direção, são aprovadas as Leis nº 5.026 e nº 30.780, no ano de 2009, que constituem o arcabouço jurídico municipal para um “novo” modelo organizacional, com o apoio das organizações sociais na gestão da saúde.

Atualmente, são cinco OSS contratadas pelo município: Sociedade Paulista para desenvolvimento da medicina (SPDM), Viva Comunidade (Viva),



Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS), Instituto Gnosis e Fundação de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec).

Soranz *et all* (2016) afirma que, a reforma administrativa e organizacional da Atenção Básica se deram em quatro atributos: (i) acesso a prestação de serviços de primeiro nível de atenção; (ii) longitudinalidade do cuidado; (iii) cuidado integral e (iv) coordenação das ações e serviços prestados.

Sob este ângulo, o levantamento realizado por Soranz *et all* (2016) demonstra um aumento no número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF). No ano de 2008, eram 168 equipes referenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Já, no ano de 2015, foram 860 EqSF e 346 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Segundo a análise esta expansão possibilitou maior acesso à população.

Na orientação de cuidado longitudinal se definiram fluxos de encaminhamento para outros níveis de complexidade, a instalação de prontuários eletrônicos e a adoção de um modelo padrão de serviços ofertados à população, descrito na “Carteira de Serviços da Atenção Básica”. (Soranz *et all*, 2016)

Em contrapartida, se instituiu a lógica de indicadores de pagamento, por desempenho aos profissionais. Segundo, Costa e Silva *et all* (2016) evidencia-se a dificuldade de capacidade regulatória das OSS, assim como, a falta de transparência pública e controle social.

A partir deste panorama, é necessário indagar as bases da expansão do setor privado da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, identificamos que este processo se configura em mais uma modalidade de financiamento público a iniciativa privada. Este fato materializa o dinâmico desmonte da política de saúde pública no município. Nesta direção, analisaremos as raízes da terceirização/privatização dos serviços públicos, na relação de constituição da esfera pública, a especificidade brasileira.

2.1) As parcerias público-privadas nas políticas sociais

No plano internacional, desde a década de 1980 são gestadas as reformas administrativas a gestão pública. O receituário do Banco Mundial para os países da América Latina coloca como pauta de ordem o “combate à pobreza”. Se por um lado, se destaca os entraves dos sistemas de saúde dos países latino americanos. Por outro lado, este diagnóstico estava orientado por



uma política neoliberal e atrelada a crise do Estado de Bem Estar Social. (Almeida, 2014).

Em consonância a este contexto, o Brasil, na década de 1990, elabora do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado que possibilita as condições para o “Estado mínimo no país”. (Bravo e Lima, 2015).

A esfera pública burguesa é identificada como o ambiente de organização política da sociedade civil para o debate das decisões da autoridade estatal. Avritzer e Costa (2004) problematizam a exclusão de grupos minoritários nos processos de construção da esfera pública, a negligência a diferentes mecanismos para formação da vontade política e o reforço ao espaço público daqueles que historicamente dominaram o processo decisório.

A que se pese a noção de “esfera pública periférica”, que para Castro (2010), sempre foi de regulação econômica e sem a esfera pública, visto que, se utiliza do fundo público para a reprodução do capital. Para Castro (2010), a noção contemporânea de esfera pública pela confluência entre o público e o privado atribuiu um novo sentido ao “público”. Neste contexto, a gestão compartilhada das políticas sociais passa a incorporar novos agentes, em meio à crise do padrão de financiamento público, na década de 1980. Na perspectiva de reestruturação do capitalismo contemporâneo a sociedade civil interage diretamente com o Estado.

O debate em torno da concepção de esfera pública situa a problematização em torno do avanço do “Terceiro Setor”. Segundo Montañó (2008), o fundamento da crise fiscal do Estado justificaria a adoção de reformas a estrutura da administração pública. Sendo assim, aponta a necessidade de redução dos gastos com políticas sociais. Nesta óptica, se destaca a tese de crise de governança do Estado, na incapacidade da administração pública efetivar suas decisões. Em que pese, neste contexto, as reformas implementadas por Bresser Pereira, no PDRAE.

Montañó (2008) analisa duas teses para o recorte de recursos estatais a área social e o grande crescimento da intervenção da sociedade. Primeiro, a tese de passagem, em que a gestão pública dá lugar à gestão indireta, por meio da intervenção do “Terceiro Setor”. Em seguida, a tese da compensação, em que a diminuição da intervenção estatal é compensada pelo aumento das instituições sem fins lucrativos. Assim, o financiamento de suas atividades é concedido pelo Estado, na forma de parcerias público-privadas.



A transferência da ação social para o “Terceiro Setor” materializa a estratégia neoliberal (Montaño, 2008). Esta iniciativa coloca em curso a reforma do Estado, a precarização das relações de trabalho e transferência de responsabilidades do Estado à sociedade civil. Neste processo, as instâncias democráticas/ estatais são descredibilizadas e as lutas sociais são transformadas em parcerias com o Estado. Neste contexto, as políticas públicas universais são esvaziadas da dimensão de direito universal do cidadão.

Sob este ângulo, Almeida (2014) aponta que a reforma do setor Saúde formulada pelo Branco Mundial foi condicionada por uma sociedade orientada pelo mercado. Nesta direção, destaca o discurso sobre a incapacidade das políticas públicas em atender as necessidades básicas da população.

Almeida (2014) afirma que os principais objetivos dessas reformas são: a implementação de novos modelos de organização dos serviços de saúde, por meio da mudança de alocação dos recursos financeiros e utilização de contratos; fortalecimento da capacidade reguladora do Estado; inserção de mecanismos competitivos; indução de subsídios à quebra do “monopólio estatal” e estruturação de parcerias público-privadas; privatização e focalização das políticas sociais.

Percebemos que a análise da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro evidencia os novos instrumentos operacionais, por meio das Organizações Sociais que fragmentam a gestão da atenção à saúde. Neste contexto, intensifica-se o processo de privatização da política pelo comprometimento ao fundo público.

3) Conclusão

A principal justificativa a contratualização de instituições de rede filantrópica/privada se assenta na para maior celeridade na contratação de profissionais, aquisição de insumos e equipamentos e a construção de novas unidades de saúde.

Os instrumentos gerenciais “inovadores” por meio das novas articulações público-privadas retiram do Estado as repostas às sequelas da questão social. Nesta perspectiva, a redução e a perda dos direitos sociais estão no cerne do debate político sobre o desmonte dos sistemas de saúde.

O projeto ideológico e econômico de um “Estado Mínimo” a um “Estado regulador” acelera o processo de terceirização/ privatização da política pública.



Nesta direção, se evidencia a incapacidade de regulação das parcerias público-privadas, em que há falta de transparência nos contratos e dados relativos a orçamento. Além de que, algumas das Organizações Sociais de Saúde estão envolvidas em escândalos de corrupção.

Desta forma, ressalta-se um processo dinâmico de desmonte da política pública de saúde em detrimento aos interesses do setor privado do capital. Neste prisma, é imprescindível espaços democráticos que congreguem a reivindicação de trabalhadores e usuários da política pública as ofensivas para a consolidação e universalização do direito à saúde.

4) Referências

Almeida, Célia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: Pereira, J. M. M. e Pronko, Marcela (orgs). A demolição dos direitos sociais: um exame das políticas do Banco Mundial para educação e a saúde (1980-2013). RJ: EPSJV, 2014.

Avritzer. L. e Costa, S. Teoria crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina. Dados. Vol. 47, nº4. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 de maio de 2017.

_____. Lei nº 9.637. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: 15 de maio de 1998.

Bravo, Maria Inês Souza e Lima, Joseane Barbosa. A privatização da saúde no município do Rio de Janeiro: O caso das Organizações Sociais (OSs). VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA, Maranhão, 2015.

Castro, A. T. B. Esfera pública como um espaço de cidadania. In: Freire, L. M. B.; Freire, S. . de M.; Castro, A. T. B. (orgs). Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI, 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

Costa e Silva, V.; Barbosa, P.R.; Hortale, V.A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1365-76, nov.-jan. 2016.

Montaño, Carlos. Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social, SP: Cortez, 2008.



Rio de Janeiro. Prefeitura Cidade do Rio de Janeiro. Lei nº 5.026, 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Município 2009; 20 maio.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Decreto Lei nº 30.780, 2 de junho de 2009. Aprova o Regulamento Geral de Qualificação e Contratação das Organizações Sociais no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2009, 3jun.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUPAV). Disponível em: <https://subpav.org/index.php>. Acesso em: 02 de junho de 2017.

Soranz, D.; Pinto, L.F.; Penna, G.O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1327-38, nov.-jan. 2016.